

СРАВНЕНИЕ МЕТОДИК ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТЭКСТРАКЦИОННЫХ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ

Денисова Ю.Л., Миронович Я.И.

Белорусский государственный медицинский университет

В настоящее время протезирование на дентальных имплантатах является наиболее эффективным и оправданным с ортопедической точки зрения методом устранения дефекта зубного ряда. Дентальная имплантация может быть прогнозируемой и с долгосрочным успехом лишь при установке имплантата в достаточный объём костной ткани по высоте и ширине [1, 2]. Одной из главных проблем, имеющих в современной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, является атрофия костной ткани.

Значительная потеря костной и мягких тканей приводит к условиям, когда установка дентального имплантата в правильном ортопедическом положении невозможна. Максимальная резорбция костной ткани происходит в первые 4–6 месяцев после удаления зуба и составляет до 50% от первоначального объёма костной ткани, даже при соблюдении техники атравматичного удаления зубов и отсутствия осложнений после удаления [3, 4]. Резорбция костной ткани после экстракции зуба более выражена со стороны вестибулярной кортикальной пластинки, когда наблюдается резорбция по высоте и ширине. [5]. Возможность сохранить максимальное количество костной ткани даст возможность выполнять операцию дентальной имплантации, а также проводить функциональную реабилитацию пациента в кратчайшие сроки [6].

Цель исследования: сравнить различные методики хирургического лечения постэкстракционных костных дефектов.

Материал и методы: 42 пациентам от 22 до 55 лет была выполнена операция удаления зуба по диагнозу хронический апикальный периодонтит. До и через 6 месяцев после удаления проводилось КЛКТ. В зависимости от варианта хирургического лечения все пациенты были разделены на 2

клинические группы и контрольную группу (табл.1). В первой группе в лунку удаленного зуба помещали коллагеновую губку и сближали края лунки швами (15 пациентов); Во второй группе заполнение постэкстракционного дефекта проводили костнопластическим материалом Bio-Oss («Geistlich Pharma AG», Швейцария) (13 пациентов); в контрольной группе лунки не ушивали, заживление постэкстракционного дефекта происходило под кровяным сгустком естественным путем (14 пациентов).

Таблица 1. Группы пациентов в исследовании

Группа пациентов	Число пациентов, абсолютное	Число пациентов, относительное
1	15	36
2	13	31
Контрольная	14	33
Итого	42	100

Каждому пациенту было сделано по 2 КЛКТ: до удаления и спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства. Изучение полученных снимков осуществлялось в программном обеспечении Planmeca Romexis Viewer ver.6.0. и Invivo Dental Anatomage. С помощью инструмента “Линейка” в динамике была изучена ширина и высота альвеолярного гребня, мм.

Также в постоперационном периоде на 7 день оценивали состояние пациентов, наличие у них болевого синдрома, местного отёка, кровоточивости.

Результаты исследования были обработаны с помощью компьютерных программ Statistica 10.0 и MicrosoftExcel 2016. Различия считали достоверными при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования: При оценке клинического состояния пациентов на 7 день после операции было отмечено, что в контрольной группе пациенты имели болевой синдром и незначительный отёк местно и кровоточивость чаще, чем в остальных группах. В 1-й группе данные

проявления были менее выраженными. Во 2-й группе болевой синдром отмечался только у 1 пациента, а кровоточивость и отек мягких тканей отсутствовали (табл.2).

Таблица 2. Клинические проявления на 7 день после удаления

Группы пациентов	Болевой синдром	Кровоточивость	Отёк мягких тканей десны
1	6 (40%)	4 (26%)	3 (20%)
2	1 (7%)	-	-
Контрольная	8 (57%)	6 (42%)	4 (29%)

При анализе КЛКТ до удаления и через 6 месяцев после операции отмечали изменения вертикальных размеров альвеолярного гребня. В контрольной группе произошло увеличение только на 1,77 мм; в 1-й группе – на 2,21 мм; во 2-ой группе отмечалось наибольшее увеличение объема костного гребня – на 3,70 мм, что на 1,83 мм больше, чем в контрольной группе ($p=0,03$).

При измерении ширины альвеолярного гребня через 6 месяцев были получены следующие значения: в первой группе после операции удаления зуба ширина альвеолярного отростка – $9,12 \pm 1,10$ мм, что составило 75% от первоначальной ширины. Во второй группе – $10,54 \pm 1,12$ мм (91%). У пациентов группы контроля ширина – $8,06 \pm 1,34$ мм, 67% от первоначальной ширины (табл.3). Изменение ширины и высоты альвеолярной кости постэкстракционного дефекта во 2-ой группе было статистически значимо относительно контроля ($p=0,025$).

Таблица 3. Параметры ширины альвеолярного гребня через 6 месяцев после удаления

Группы пациентов	Ширина, мм	Изменение ширины от первоначального значения, %
1	$9,12 \pm 1,10$	75
2	$10,54 \pm 1,34$	91
Контрольная	$7,86 \pm 1,34$	67

Рисунок 1 – Пациент А., контрольной группы. Состояние после удаления и через 6 месяцев после удаления. Увеличение альвеолярного отростка по высоте составило 2 мм, уменьшение по ширине - 3,34 мм

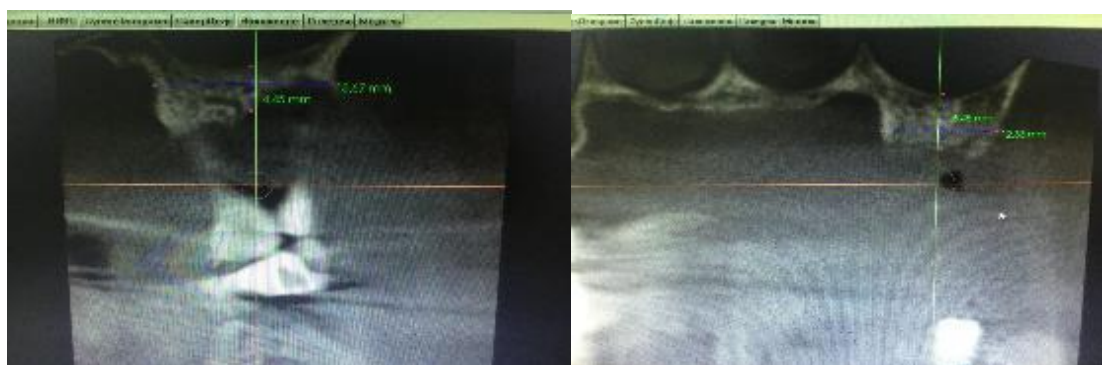
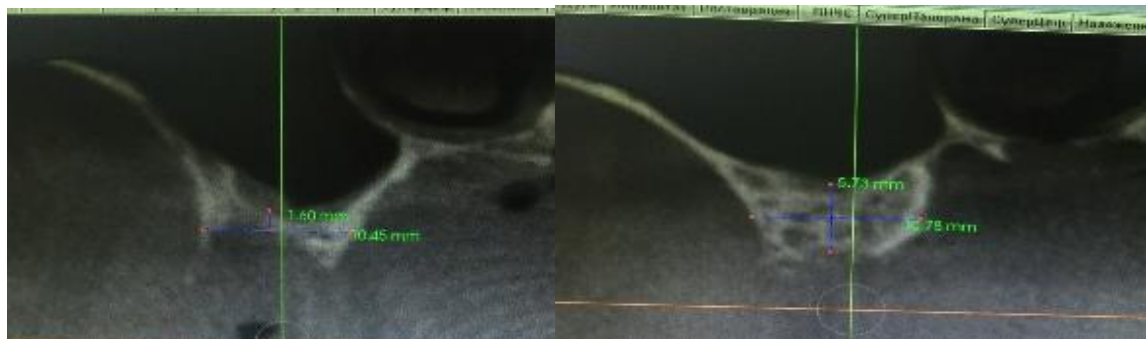


Рисунок 2 – Пациент М., 1-й группы. Состояние после удаления и через 6 месяцев после удаления. Увеличение альвеолярного отростка по высоте составило 2,3 мм, уменьшение по ширине - 0,07 мм



Рисунок 3 – Пациент Л., 2-ой группы. Состояние после удаления и через 6 месяцев после удаления. Увеличение альвеолярного отростка по высоте составило 4,13 мм, увеличение по ширине - 0,33 мм.



Заключение: Разработана наиболее эффективная методика ведения постэкстракционных костных дефектов. Использование костнопластического материала и ушивание лунки после удаления зуба способствует более эффективному заживлению, снижает выраженность болевого синдрома и кровоточивости после удаления, сокращает убыль альвеолярной кости по ширине на 24% в сравнении с контрольной группой и обеспечивает увеличение высоты альвеолярной кости 1,83мм больше, чем в контрольной группе. Это создаёт благоприятные условия для последующей дентальной имплантации.

Список литературы

1. Кури, Ф. Регенеративные методы в имплантологии / Ф. Кури, Т. Ханзер, Ч. Кури. – 3-е изд. – Москва: Азбука, 2013. – 514с.
2. Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта: учебное пособие / Л.Н. Дедова [и др.]; под ред. Л.Н. Дедовой. – Минск; Экоперспектива, 2016. – 268 с.
3. Рубникович С. П., Хомич И. С. Костные трансплантаты и заменители для устранения дефектов и аугментации челюстных костей в имплантологии и пародонтологии //Стоматолог. Минск. – 2014. – №. 1. – С. 77-86.

4. Heberer S, Al-Chawaf B, Jablonski C, Nelson JJ, Lage H, Nelson K. Healing of ungrafted and grafted extraction sockets after 12 weeks: a prospective clinical study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2011 Mar-Apr; 26(2):385-92
5. Avila-Ortiz G, Chambrone L, Vignoletti F. Effect of alveolar ridge preservation interventions following tooth extraction: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2019 Jun;46 Suppl 21:195-223.
6. Рубникович С. П., Хомич И. С. Регенеративные стоматологические технологии в комплексной хирургической и ортопедической реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов //Стоматолог. Минск. – 2020. – №. 2. – С. 38-50.

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

Сборник научных трудов,

посвященный основателю

кафедры ортопедической стоматологии КГМУ,

профессору Исаак Михайловичу Оксману

Казань

2023